

記入日：西暦_____年____月____日

NO. _____

男性用問診票

ふりがな

名前 _____ ご職業 _____

生年月日 (□S □H □R) _____年____月____日 年齢 _____歳

身長 _____cm 体重 _____kg 血液型 _____型

飲酒 □無 □有： _____ ml/□週 □日 タバコ □無 □有： _____ 本/日

郵便番号 _____ 住所 _____

電話番号 携帯 _____ 自宅 _____

問1 本日はどうなさいましたか

- 精液検査を受けたい
 その他 (_____)

問2 ご結婚されていますか

- いいえ : 婚約中 内縁 独身
 はい ※はいと答えた方は次にお答えください
*結婚年齢 : 初婚 再婚 _____歳 ※前妻との間の子ども : 無 有
*奥様は他院にて不妊治療を受けていますか いいえ はい

問3 お子様を希望されてどのくらいたちますか

_____年____カ月

問4 高熱が数日間続いたことがありますか

- いいえ はい 原因：(_____)

問5 今まで精液検査を受けたことがありますか

- いいえ はい 結果： 異常なし 異常あり

問6 性病にかかったことがありますか

- いいえ はい _____歳： 病名 _____ 治療 未 済

問7 内服薬や注射・造影剤でアレルギー反応を起こしたことがありますか

- いいえ はい (_____)

問8 今までにかかったことのある病気や持病はありますか

- いいえ はい (_____ 歳： _____)
(_____ 歳： _____)

問9 今まで手術を受けたことはありますか

- いいえ はい (_____)

問10 現在服用している薬はありますか

- いいえ はい (_____)

問11 現在不妊に関して悩みや困っていることがありますか

- (_____)

問12 当院を知ったきっかけを教えてください

- ホームページを見た 友人・知人から聞いた 家・職場の近く その他 (_____)